Online toepassingen rond de alcohol-, drug- en gokproblematiek

Literatuurstudie innovatief project online toepassingen

Colofon

Auteur

Laura Boutens, projectmedewerker VAD

Redactie

Jasmien De Doncker, stafmedewerker VAD

Katrien Dewaelheyns, stafmedewerker VAD

Tom Defillet, stafmedewerker VAD

Verantwoordelijke uitgever

P. Van Deun, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoud

1 Inleiding

De laatste jaren werden heel wat onlinetools en apps ontwikkeld. Uit werkgroepen blijkt dat een aantal VAD-leden hiermee al aan de slag gingen. Onlinetools kunnen op verschillende manieren worden ingezet, zowel binnen hulpverlening als binnen preventie. Momenteel is er een groot aanbod zonder duidelijke omkadering. Daarnaast is de kennis en 'knowhow' versnipperd. VAD wil tijdig inspelen op de ontwikkeling van online toepassingen in de sector. Om dit te realiseren was het inventariseren van een aantal elementen cruciaal: enerzijds het in kaart brengen van een aantal criteria om met online toepassingen aan de slag te gaan, maar anderzijds ook de verkenning en afstemming met de sector.

Dit document is bedoeld als inspiratie voor intermediairs. Met behulp van deze synthese kunnen hulpverleners en preventiewerkers op een eenvoudige wijze voorzien worden van een antwoord op hun vragen over onlinetools. Volgende vragen worden achtereenvolgens behandeld:

- Wat zijn online tools? – Definities en toepassingen
- Welk soort tools werkt binnen onze sector? – Effectiviteit
- Hoe beoordeel ik welke tool waardevol is voor mij? – Kwaliteitscriteria
- Als ik met mijn team aan de slag wil, waarop moet ik dan inzetten…
    - … als organisatie? – Randvoorwaarden
    - … als online medewerker? – Competenties
- Wat vertelt de praktijk ons? – Ervaringen van preventiewerkers & hulpverleners
- Wat kan VAD bieden?

Dit document focust zich enkel op online toepassingen rond alcohol-, drug- en gokproblemen.

2 Wat zijn online tools? – Definities & toepassingen

Allereerst willen we een aantal begrippen uit de online wereld omschrijven. Wat wordt begrepen onder een online tool, een applicatie of 'app'? Wat is onlinehulpverlenen? Wat verstaan we onder de termen e-zelfhulp en e-behandeling? En wat betekent 'blended' of 'hybride' zorg? We geven ook steeds een voorbeeld ter verduidelijking.

2.1 Online tools

Online tools worden onder meer ter beschikking gesteld via een website of via het intranet van een organisatie. De tools kunnen bijvoorbeeld dienen om metingen uit te voeren, informatie te verstrekken, persoonlijke adviezen en tips te geven via zelftests, zelfhulp aan te bieden via filmpjes, oefeningen en dagboeken, om gedragsverandering te begeleiden, enzovoort. Daarnaast bieden deze tools ook mogelijkheden tot communicatie tussen gebruikers onderling (bv. fora en chatrooms), of tussen een begeleider en een gebruiker (online begeleiding via e-mail, chat, vragen aan een expert).

2.2 Apps

Een applicatie (letterlijk: toepassing, vaak ook afgekort als 'app') is een computerprogramma dat bedoeld is voor eindgebruikers. Een applicatie draait op een bepaald besturingssysteem. Wat betreft de complexiteit van applicaties loopt deze uiteen van een simpel spelletje of teksteditor, tot extreem complexe systemen die in real-time processen verzorgen. Zo kan er een app bestaan die uitsluitend gedrag monitort. Daarnaast bestaan er ook apps die iets ingewikkelder zijn, bijvoorbeeld een app die naast het monitoren van gedrag eveneens de persoon ondersteunt om zijn gezondheid te verbeteren. Voor de meeste toepassingen zijn tegenwoordig kant-en-klare software verkrijgbaar.

2.3 Onlinehulpverlening

Bocklandt & collega's (2014) definieerden in hun rapport 'Bouwstenen voor een Vlaams Actieplan Onlinehulp' wat onlinehulpverlening precies inhoudt, namelijk: "Onlinehulp verlening voor welzijn en gezondheid omvat elke interventie waarbij gebruik gemaakt wordt van informatie- en

communicatietechnologie (ICT), met het oog op het bestendigen of verhogen van welzijn en gezondheid in de ruime zin van het woord”.

Deze definitie van ‘onlinehulpverlening’ is eveneens relevant voor preventiewerkers. Dit wil zeggen dat online tools van toepassing zijn op het hele continuüm, met name van preventie, naar vroeginterventie tot hulpverlening, enzovoort. Voorbeelden van online tools zijn qado.be, SEM-J, ‘Iedereen drinkt, iedereen blowt’ en me-ASSIST.

Qado.be (www.qado.be) biedt een referentie(site) voor alle informatie over alcohol en andere drugs in relatie tot het werk. Op deze website is alle informatie voor een efficiënt preventief alcohol- en drugbeleid op maat van een organisatie terug te vinden.

De **SEM-J** is een online screeningsinstrument dat medewerkers van CLB, BJZ en JAC kunnen gebruiken in het kader van een individuele begeleiding van een jongere (12-18 jaar). Voor meer informatie kan je terecht op: http://www.vad.be/artikels/detail/sem-j .

‘**Iedereen drinkt, iedereen blowt**’ (http://idib.vad.be/) is een methodiek die ontwikkeld werd voor jongeren tussen twaalf en achttien jaar. De tool steunt op de methodiek voor kortadvies. Ze is gebaseerd op het principe van normatieve feedback om individueel preventief te werken rond alcohol en/of cannabis met jongeren in het CLB, de bijzondere jeugdzorg of andere jeugdhulp.

me-ASSIST is een online toolbox (www.me-ASSIST.com) voor huisartsen en welzijnswerkers met onder meer een screeningsinstrument voor alcohol-, tabak- en andere middelengebruik. De tool biedt eveneens ondersteuning bij kortdurende interventies, eventuele doorverwijzing en het aanreiken van informatie. Meer informatie kan teruggevonden worden op de volgende website: http://www.vad.be/artikels/detail/aan-de-slag-met-de-me-assist-in-de-eerstelijnsgezondheidszorg .

2.4 Elektronische of online zelfhulp (e-zelfhulp)

“Een hedendaags alternatief voor zelfhulphandleidingen of zelfhulpboeken zijn de computer- of internetprogramma’s voor thuisgebruik. Via het internet of een computerprogramma doorloopt de cliënt zelf anoniem een geautomatiseerd stappenprogramma waarvan hij zelf de doelen kan bepalen (bv. gewoontes veranderen, minderen van gebruik, stoppen met gebruik). Het programma met oefeningen en opdrachten duurt doorgaans vier tot twaalf weken en op het einde wordt bekeken of de doelen behaald zijn” (De Donder, 2010).

E-zelfhulp-tools zijn zelfhulpinstrumenten die online aangeboden worden. Hierbij wordt doorgaans geen professional betrokken. De DrugLijn samen met online-hulpverlening.be waren de pioniers in Vlaanderen voor het aanbieden van online zelfhulp.

Naast het ontsluiten van online zelfhulp, beantwoordt **De DrugLijn** (www.druglijn.be) ook online vragen (van iedereen) over drank, drugs, pillen en gokken via mail, chat of Skype. Anonimiteit en betrouwbare informatie zijn hun grote troeven. Ze geven een eerste advies en verwijzen, wanneer van toepassing, door voor hulp of geven aan waar men terechtkan voor preventie. Ze bieden bovendien online kennis- en zelftesten aan die de persoonlijke risico's verbonden aan alcohol- en ander druggebruik helpen in te schatten.

Www.online-hulpverlening.be ontwikkelde per problematiek (alcohol, cannabis, drugs & gokken) websites, met name www.alcoholhulp.be, www.cannabishulp.be, www.drughulp.be en www.gokhulp.be. Deze websites bieden informatie (zelftests) en online zelfhulpprogramma's (dagboeken en taken) aan.

2.5 Elektronische of online begeleiding (e-begeleiding)

Online begeleiding gaat een stap verder dan online zelfhulp door de interactie met een hulpverlener (bv. chatgesprek tussen cliënt en hulpverlener). Er wordt online ondersteuning gegeven bij het zelfstandig veranderen van het gebruikspatroon (minderen of stoppen). De hulpverlening blijft anoniem en de gebruiker bepaalt zelf de doelen. **Www.online-hulpverlening.be** biedt onlinebegeleiding (door een professionele hulpverlener in een beveiligde chatmodule) aan voor alcohol, drugs en cannabis.

2.6 Blended of hybride zorg

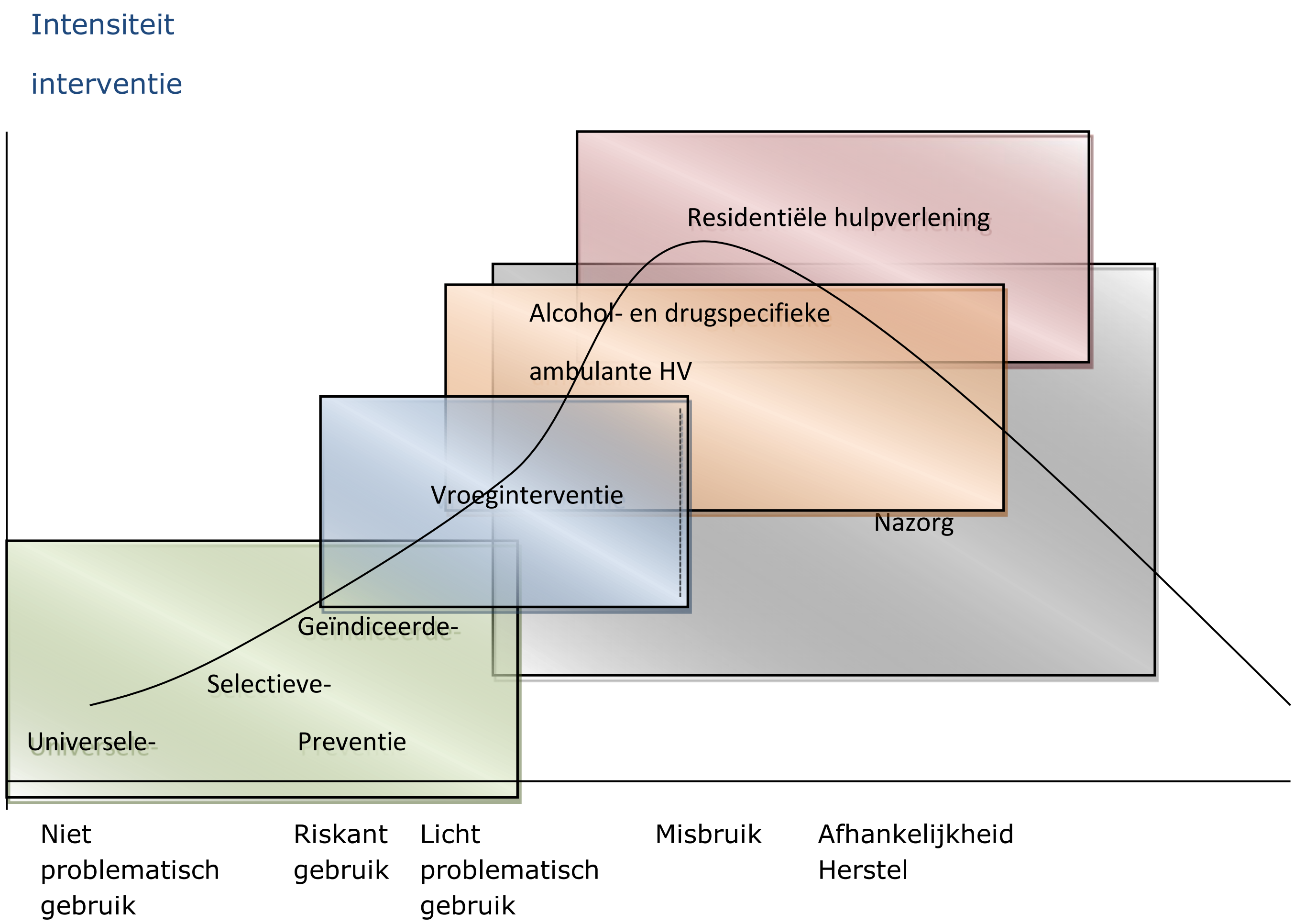
'Blended care' of 'blended behandelen' is een combinatie van 'face-to-face' gesprekken en online activiteiten. Door bestaande zorg 'blended' te maken, dus een deel van het zorgtraject online aan te bieden, ontstaan er voordelen voor zowel cliënt als behandelaar. De term 'hybride' hulp of 'hybride' behandelen wordt eveneens gebruikt in deze context. 'Blended' en 'hybride' dekken dezelfde lading, hoewel 'hybride' nog meer de nadruk legt op het overschakelen van de ene naar de andere soort hulp. Een vorm van 'blended care' is het online dagboek en me-ASSIST.

Het **online dagboek** (https://onlinedagboek.be/) kan ingezet worden bij psychische moeilijkheden en gedragsproblemen, maar kan ook gebruikt

worden voor het bereiken van positieve doelen. Binnen dit TETRA-project werd een standaard alcoholdagboek uitgewerkt. Deze online applicatie kan ingezet worden ter ondersteuning van een face-to-face begeleiding.

3 Welke soort online tools werkt binnen onze sector? – Effectiviteit

Om de effectiviteit van online tools binnen de verslavingszorg in kaart te brengen houdt men best het continuüm van de zorg in het achterhoofd. Onderstaande figuur brengt dit spectrum in kaart. Zo kan op de horizontale as de ernst van het probleem gesitueerd worden, en zien we op de verticale as de intensiteit van interventie, gaande van preventie naar vroeginterventie, tot hulpverlening. De grafiek geeft het verband weer tussen beide assen.



Figuur 1: Zorgcontinuüm (Defillet, 2009)

Hieronder worden achtereenvolgens preventie, vroeginterventie en hulpverlening besproken. Op hetzelfde niveau wordt eveneens ingegaan op zelfhulp, hoewel dit aspect past onder alle facetten van zorg.

3.1 Preventie van middelengebruik m.b.v. online tools

Er zijn relatief weinig studies over interventies voor de preventie van alcohol- en druggebruik die gefaciliteerd worden door computers of het internet.

3.2 Vroeginterventie m.b.v. online tools

Het vroegtijdig signaleren, opvangen en begeleiden van personen met problematisch middelengebruik is van groot belang. Zowel de gespecialiseerde of categoriale hulpverleners als de niet gespecialiseerde hulpverleners (omgeving van de gebruiker of mantelzorg, zelfhulp, eerstelijnsvoorzieningen, enzovoort) spelen hierbij een belangrijke rol. Vooraleer mensen met een afhankelijkheidsprobleem in de gespecialiseerde hulpverlening terechtkomen, is de problematiek doorgaans al vele jaren aanwezig. Wat alcohol betreft duurt het vaak meer dan tien jaar voor de diagnose wordt gesteld. Hoe eerder men ingrijpt in het ontwikkelingsproces van problematisch middelengebruik, hoe gunstiger de resultaten zijn. De negatieve gevolgen op het vlak van gezondheid en van andere levensdomeinen zijn dan doorgaans minder ernstig. De betrokkene heeft in dit stadium meestal nog meer keuzemogelijkheden dan bij langdurig gebruik. Vroegtijdige signalering van problemen is daarom een belangrijke opdracht van de eerstelijnsgezondheid- en welzijnszorg. Ook de omgeving kan hierin een belangrijke rol opnemen (De Doncker, De Donder & Möbius, 2016).

3.2.1 Elektronische screening en kortdurende interventie (verder eSBI, *electronic screening and brief interventions*)

"Internetinterventies bevatten meestal een screeningsinstrument waarmee de deelnemers hun eigen gebruik kunnen evalueren (Cunningham, 2009). Deze screeningsinstrumenten zijn idealiter gevalideerd. Op die manier krijgen de deelnemers zicht op de ernst van hun gebruik. Ze zijn doorgaans kort en gratis beschikbaar. Bij sommige screeningsinstrumenten wordt persoonlijke feedback gegeven over het middelengebruik. Soms gebeurt dat onder de vorm van normatieve feedback waarbij het eigen gebruik wordt vergeleken met het bevolkingsgemiddelde of een standaard" (De Donder, 2010).

Het begrip **SBI** is tweeledig.

- 'Screening' houdt in dat door middel van een aantal screeningsvragen de mate van middelengebruik van de cliënt (vroegtijdig) geïdentificeerd wordt. Screening wordt steeds minimaal gevolgd door feedback en een kort advies (kan ook in de vorm van bekrachtiging zijn wanneer iemand goed bezig is) (Kaner et al., 2007).

- Een kortdurende interventie omvat meestal één tot vier sessies met persoonlijk contact, variërend van vijf tot dertig minuten, gericht op informatie en adviezen met als doel middelengerelateerde risico's terug te dringen (Kaner et al., 2007).

Bij de elektronische vorm **(eSBI)** wordt de screening en kortdurende interventie aangeboden via internet. Uit de omschrijving van SBI kan al afgeleid worden dat er verschillende vormen van kortdurende interventie bestaan, gaande van een kort advies tot enkele kortdurende motiverende gesprekken.

eSBI blijken net zoals SBI effectief, haalbaar, doeltreffend en aanvaardbaar te zijn **in medische settings** voor zowel **adolescenten**, **volwassenen** als **zwangere vrouwen** die riskant, niet-problematisch drinkgedrag vertonen (Tensil, Jonas & Strüber, 2013; Harris & Knight, 2014).

Het gebruik van computers en het internet bij preventieprogramma's op scholen kunnen weldegelijk effectief zijn om alcoholgebruik bij adolescenten te beperken. Gedragsmatige interventies verminderen alcoholgebruik en alcoholproblemen bij **eerstejaarsstudenten in het hoger onderwijs**. Het effect is groter voor interventies die gebruik maken van gepersonaliseerde feedback, strategieën om het gebruik te matigen, verwachtingen over het effect van alcohol, identificatie van risicovolle situaties en doelbepaling. Twee preventiestrategieën worden aangeraden:

- Ten eerste zouden alle nieuwe studenten in de eerste weken van de start van het academiejaar een routinescreening moeten ondergaan voor risicovol alcoholgebruik.
- Ten tweede zouden de studenten die alcohol gebruiken een korte proactieve interventie moeten krijgen waarin via een computer gepersonaliseerde feedback wordt gegeven op hun alcoholgebruik (De Doncker, De Donder & Möbius, 2016).

3.3 Zelfhulp – Elektronische of online zelfhulp (e-zelfhulp)

"Een hedendaags alternatief voor zelfhulphandleidingen of zelfhulpboeken zijn de computer- of internetprogramma's voor thuisgebruik. Via het internet of een computerprogramma doorloopt de cliënt zelf anoniem een geautomatiseerd stappenprogramma waarvan hij zelf de doelen kan bepalen (bv. gewoontes veranderen, minderen van gebruik, stoppen met gebruik). Het programma met oefeningen en opdrachten duurt doorgaans vier tot twaalf weken en op het einde wordt bekeken of de doelen behaald zijn" (De Donder, 2010).

E-zelfhulp tools zijn zelfhulpinstrumenten die online aangeboden worden. Hierbij wordt in tegenstelling tot online begeleiding doorgaans geen professional betrokken. Zoals eerder aangehaald was De DrugLijn één van de pioniers in Vlaanderen voor het aanbieden van online zelfhulp.

3.3.1 Alcohol

Online zelfhulpprogramma's blijken effectief te zijn in het reduceren van *niet-problematisch alcoholgebruik* bij volwassenen op korte termijn. Dergelijke programma's zijn niet effectief voor personen met problematisch alcoholgebruik (Dedert et al., 2015; Riper et al., 2011). E-zelfhulp zou ervoor zorgen dat het alcoholgebruik van een niet-problematische alcoholgebruiker gereduceerd wordt en men zich houdt aan de maximale aangewezen grenzen voor alcoholgebruik in de eerstelijnssetting, op het werk en in de gemeenschap (Riper et al., 2014). Of het een enkele of een meer uitgebreide interventie is, maakt niet uit. Beide elektronische vormen blijken even effectief te zijn (Riper et al., 2014; Donoghue, Patton, Phillips, Deluca, Drummond, 2014; Neighbors et al., 2010). E-zelfhulp wordt beter bevonden dan een online brochure (Balhara & Verma, 2015). De meeste e-zelfhulptools zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (verder CGT). Het gebruik van CGT in e-zelfhulp zorgt ervoor dat de interventie ook op lange termijn effectief wordt (Sinadinovic, Wennberg, Johansson, Berman, 2014). Resultaten worden nog sterker en duurzamer wanneer interventies ten minste een bepaald niveau van therapeutencontact bevatten (Newman, Szkodny, Llera, Przeworski, 2011).

3.3.2 Illegale drugs

Het gebruik van e-zelfhulpprogramma's, die mensen bijstaan in het stoppen of minderen van hun gebruik, kan een effectieve manier zijn om *cannabisgebruik* en gerelateerde problemen te behandelen en de gezondheidslast van cannabisgebruik op bevolkingsniveau te verminderen (Rooke, Copeland, Norberg, Hine, McCambridge, 2013).

Een e-zelfhulpinterventie voor *cocaïnegebruikers* is een alternatief met beperkte effectiviteit in ambulante behandelingsdiensten. Dit in vergelijking met een psycho-educatieve controlegroep die gedurende zes weken (zelfde periode in experimentele groep) acht modules rond risico's, mogelijke schade en andere belangrijke informatie over cocaïnegebruik doorliep, gevolgd door een quiz om hun kennis te evalueren. Een e-zelfhulpprogramma kan voor dergelijke gebruikers die geen toegang hebben/zoeken tot bestaande dienstverlening wel een hulp zijn aangezien ze via deze tools hun druggebruik

anoniem onder controle kunnen houden (Schaub, Sullivan, Haug, Stark, 2012).

3.3.3 Gokken

Online zelfhulp voor gokproblemen zou erg geschikt zijn voor cliënten die *geen toegang hebben tot een professionele behandeling* als gevolg van schaamte, schuld, angst voor stigmatisering, zorgen over privacy of financiële problemen, evenals diegenen die wonen in landelijke gebieden of minder ernstige gokproblemen hebben (Raylu, Oei, Loo, 2008).

3.3.4 Toegankelijkheid van e-zelfhulp

Zelfhulpinterventies die online aangeboden worden blijken specifieke gebruikersgroepen aan te trekken, zoals oudere en hoger geschoolde gebruikers, die moeilijk te bereiken zijn door bestaande ambulante behandelingen (Schaub et al., 2012). Zelfhulp-websites trekken in het bijzonder probleemdrinkers aan die een belang hebben in de samenleving in de vorm van relaties, jobs, families en/of een reputatie te verliezen hebben. Deze populaties hebben meer 'herstelkapitaal' of een breder netwerk, wat belangrijk is bij de aanpak van middelenproblemen, in het bijzonder in afwezigheid van een therapeut (Dedert et al., 2015b).

3.4 Hulpverlening m.b.v. online tools bij problematisch middelengebruik – Elektronische of online begeleiding (e-begeleiding)

Online begeleiding gaat een stap verder dan online zelfhulp door de interactie met een hulpverlener (bv. chatgesprek tussen cliënt en hulpverlener). Er wordt online ondersteuning gegeven bij het zelfstandig veranderen van het gebruikspatroon (minderen of stoppen). De hulpverlening blijft anoniem en de gebruiker bepaalt zelf de doelen.

3.4.1 Evidentie

Er is wisselende evidentie voor de effectiviteit van online behandelingen voor alcoholproblemen. De evidentie van online behandelingen blijkt in sterke mate afhankelijk te zijn van de *ernst* van de problematiek. Net zoals voor eSBI en e-zelfhulp blijken online behandelprogramma's minder effectief te zijn bij een ernstiger of meer complex verslavingsprobleem. Online

behandelingen zijn effectief op korte termijn (tot zes maanden) bij riskant drinkende volwassenen. Hierbij kan de reflex gemaakt worden of dit wel gepast is, aangezien deze groep ook zou kunnen geholpen worden met eSBI of e-zelfhulp.

Vaak werden bescheiden, maar significante effecten van online interventies voor alcohol gevonden (Carroll, 2015; Dedert et al., 2015; McAuley, 2012). Twee studies suggereren zelfs dat sommige elektronische vormen van behandelingen in de verslavingszorg betere of vergelijkbare resultaten behalen dan de 'evidence based' standaardbehandeling of geen behandeling (Balhara & Verma, 2015; Marsch & Dallery, 2012). Zo blijkt een online interactieve, psychosociale interventie voor stoornissen in het gebruik van middelen (TES[1]) meer effect te hebben in vergelijking met standaard therapieën (Marsch & Dallery, 2012). Hoewel onderzoek duidelijk de voordelen van online behandelingen benadrukt, is er weinig bewijs dat online behandelingen zonder face-to-face contact nuttig zijn voor mensen met ernstige alcoholproblemen (Muench, 2015).

3.4.2 Blended of hybride zorg

'Blended care' of 'blended behandelen' is een combinatie van face-to-face gesprekken en online activiteiten. Door bestaande zorg 'blended' te maken, dus een deel van het zorgtraject online aan te bieden, ontstaan er voordelen voor zowel cliënt als behandelaar. De term 'hybride' hulp of 'hybride' behandelen wordt eveneens gebruikt in deze context. 'Blended' en 'hybride' dekken dezelfde lading, hoewel hybride nog meer de nadruk legt op het overschakelen van de ene naar de andere soort hulp.

Al in 2009 werd gesuggereerd dat 'blended care' de ideale situatie zou zijn in de behandeling en het herstelproces voor personen met verslavingsproblemen en dat internettechnologieën de kwaliteit van traditionele behandelingen mogelijks zouden verbeteren (Cucciare, Weingardt, Humphreys, 2009).

Recente studies tonen eveneens aan dat online behandelingen korte persoonlijke behandelingen niet kunnen vervangen. Een combinatie van een online behandeling met een face-to-face behandeling blijkt de grootste effecten te hebben (Dedert et al., 2015). Het is belangrijk persoonlijk contact in te bouwen in online behandelingen, aangezien deze behandelingen het meest effectief zijn in combinatie met sociale steun. Dit versterkt de rol van de hulpverlener als fundament van zorg (Muench,2015). 'Blended care' blijkt met andere woorden effectiever te zijn dan een 'standalone' behandeling, dit

[1] Therapeutic Education Systems: online therapie gebaseerd op twee evidence based 'offline' gedragstherapieën: Community Disorder Approach (CRA) + Contingency Management Behavior Therapy

is een behandeling die uitsluitend online doorgaat zonder face-to-face contact met een behandelaar.

Zo behaalt online CGT significant betere resultaten wanneer het aangeboden wordt als aanvulling op conventionele therapie voor middelenmisbruik en resulteert het vervangen van een deel van de standaardbehandeling door TES in significant grotere percentages van objectief gemeten opioïde abstinentie – een patroon dat over het algemeen consistent bleef over de evaluatieperiode van twaalf maanden (Marsch et al., 2014).

Studies geven over het algemeen aan dat de therapeutische voordelen van de online benaderingen additief zijn aan die met enkel face-to-face behandeling. Op die manier wordt de behandeling aangevuld of verbeterd (Carroll et al., 2008; Marsch et al., 2011; Muench, 2015).

Hieronder worden een aantal voorbeelden van effectieve e-behandelingen uiteengezet die ingezet worden in de reguliere verslavingszorg of hulpverlening.

- De online versie van motiverende gespreksvoering verbetert zowel de motivatie om middelengebruik te doen dalen als de afname van het huidig gebruik. Verder blijkt online motiverende gespreksvoering het drinken te verminderen in verschillende groepen met problematisch drinkgedrag, zoals leerlingen die veel drinken (voornamelijk effect op het mannelijke geslacht, nl. een daling van het wekelijks alcoholgebruik en aanmoediging van matig drankgebruik bij jongens van 15 tot 20 jaar) en niet-afhankelijke probleemdrinkers (Marsch & Dallery, 2012).
- Mobiele psychosociale interventies gericht op middelenmisbruik, bv. ACHESS (Addiction-Comprehensive Health Enhancement Support System) bevat tools voor persoonlijke monitoring en steun voor personen die trachten te herstellen van hun verslaving. Daarenboven blijkt ACHESS waardevol als hulp voor terugvalpreventie (Marsch & Dallery, 2012).
- Webbased hiv-educatie- en preventie-programma’s ontwikkeld en geëvalueerd m.b.v. drugverslaafde personen blijken zeer aanvaardbaar en effectief te zijn als deel van een behandeling voor middelenmisbruik. Dergelijke programma’s zijn eveneens aanvaardbaar en effectief in het promoten van hoge niveaus van hiv-kennis en reductie in hiv-risicogedrag bij injectiedruggebruikers, maar ook bij adolescenten met middelenmisbruik (Marsch & Dallery, 2012).
- Interventies ontwikkeld om het cognitief functioneren te verbeteren bij personen met middelenmisbruik, verbeteren de efficiëntie van cognitieve gedragstherapieën (bv. hervalpreventie) (Marsch & Dallery, 2012).

- Online gedragsinterventies, zoals TES, verbeteren de therapietrouw en bewerkstelligen gelijkaardige, hoge cijfers van abstinentie bij cliënten met een goede prognose. De interventie verdubbelt daarenboven de kansen op abstinentie bij cliënten met een milde stoornis. TES verbetert het engagement in standaard 'outpatient' behandelingen (Campbell et al., 2014).
- De online versies van andere effectieve behandelingen voor middelenmisbruik, zoals CGT, blijken eveneens effectief te zijn (Barak, Hen, Boniel-Nissim, Shapira, 2008). Online CGT met minimaal therapeutencontact blijkt bijvoorbeeld effectief te zijn in het verminderen van pathologisch gokken. Uit de follow-up-metingen van beide studies dat de interventies blijvende effecten hebben na 6, 18 en 36 maanden (Carlbring & Smit, 2008; Carlbring, Degerman, Jonsson, Andersson, 2012).

Gegevens van bovenstaande interventiestudies zijn beloftevol en onderstrepen de mogelijke impact voor online therapeutische tools. Ook Ramsey (2015) geeft aan dat online interventies voor het veranderen van de leefstijl veelbelovend zijn voor de verbetering van preventie, behoud, behandeling en langetermijnherstel van mensen met middelenmisbruik.

TES, maar ook andere doeltreffende online interventies die opkomen, hebben het potentieel om de kloof tussen de enorme nood aan hoge kwaliteit, 'evidence based' verslavingszorg en de capaciteit van het behandelingssysteem te overbruggen. Dergelijke interventies blijken met andere woorden de toegankelijkheid te verbreden en de behandelingsuitkomsten voor verslaving te verbeteren (Campbell et al., 2014).

3.4.3 Toegankelijkheid van online interventies

Uit een systematische review van White en collega's (2010) blijkt dat online interventies voornamelijk voor jongeren en vrouwen een alternatieve behandelingsoptie zouden kunnen zijn. Dit omdat deze groepen het minst benaderd of aangetrokken worden door de reguliere dienstverlening (White et al., 2010). Verder blijkt ook uit de studie van McAuley (2012) dat online alcoholinterventies een belangrijke ontwikkeling bieden voor behandeling en ondersteuning voor personen die niet deelnemen aan de traditionele dienstverlening.

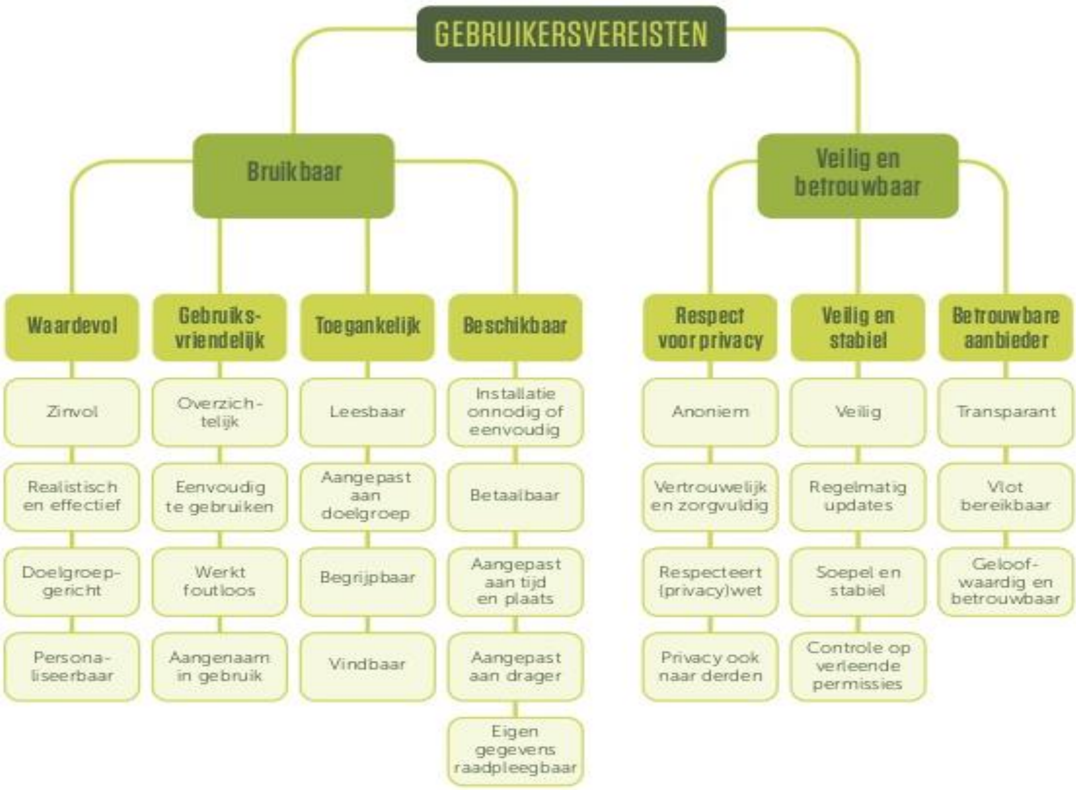
Toegang tot begeleiding op afstand kan een doeltreffend middel zijn ter bevordering van de behandeling van **gokverslaafden** die anders niet direct een beroep doen op diensten voor gokverslaafden. Zowel voor counseling als voor de behandeling zelf is online therapie effectief voor probleemgokkers en

hun familie. Verder blijkt ook dat alle leeftijdsgroepen via onlinehulp kunnen betrokken worden, en dat ook de oudere leeftijdsgroep zich aangetrokken voelt tot onlinehulp (Bastiani et al., 2015). Tenslotte blijkt dat online counseling vaak niet enkel de eerste stap is voor cliënten, maar ook de enige stap (Rodda, Lubman, Dowling, Bough, Jackson, 2013).

4 Hoe beoordeel ik welke online tool waardevol is voor mij? – Kwaliteitscriteria

4.1 Inspiratieboom uit 'Bouwstenen voor een Vlaams Actieplan Onlinehulp'

Om goede onlinehulp te kunnen bieden, moet aan kwaliteitscriteria voldaan worden. Er zijn heel diverse onlinetoepassingen en onlinehulpverleningsinstrumenten. Afhankelijk van de soort onlinetoepassing zijn bepaalde vereisten meer of minder van belang. Hieronder worden de verschillende vereisten uit de inspiratieboom kort toegelicht en waar mogelijk gespecificeerd naar de verslavingszorg. De criteria worden samen gebundeld in een inspiratieboom die opgesplitst wordt in 'gebruikersvereisten' en 'technische vereisten'. Deze boom kan zowel worden ingezet voor het ontwikkelen van nieuwe onlinehulptoepassingen als voor het screenen en evalueren van bestaande onlinehulptoepassingen. De boom geeft een duidelijk en volledig overzicht van alle mogelijke kwaliteitsvereisten en is daarom een belangrijke inspiratiebron voor verschillende sectoren, waaronder de verslavingszorg (Bocklandt et al., 2014).



Figuur 2: Grafische voorstelling inspiratieboom (Bocklandt, 2013)

4.1.1 Gebruikersvereisten

"Gebruikersvereisten zijn de 'algemene vereisten' vanuit het perspectief van de gebruikers. De term 'gebruikers' slaat zowel op de medewerkers van een welzijnsorganisatie die met de onlinetoepassing werken als de cliënten" (Bocklandt et al., 2014).

Onder de gebruikersvereisten vallen twee grote groepen, namelijk de criteria voor de bruikbaarheid van een tool en de criteria voor veiligheid en betrouwbaarheid van een online toepassing.

4.1.1.1 Bruikbaar

Onder '**bruikbaar**' wordt verstaan dat de toepassing waardevol, gebruiksvriendelijk, toegankelijk en beschikbaar is.

Waardevol

Een tool moet allereerst waardevol zijn. Dit kan door te voldoen aan vier criteria: zinvol, realistisch en effectief, doelgroepgericht en personaliseerbaar.

Niet alle online toepassingen zijn even **effectief** voor verschillende doelgroepen (Hansen et al., 2012). Voor een aantal bevindingen uit de literatuur wordt verwezen naar hoofdstuk 3 waarin de effectiviteit van onlinetools uiteengezet wordt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het aantal gevonden studies hierover schaars waren, in het bijzonder voor de literatuur over gokken en drugs.

Het is bijgevolg belangrijk om de juiste tools in te schakelen bij de juiste doelgroep **(doelgroepgericht)** om zo tot een waardevolle tool te komen. Ook voor literatuur hieromtrent wordt verwezen naar hoofdstuk 3 van dit document.

Tenslotte moet een online tool voor middelenmisbruik **personaliseerbaar** zijn. Voornamelijk continu beschikbare, op maat gemaakte, dynamische applicaties bieden ondersteuning en verbetering en vullen therapeutische relaties en peer-relaties aan. Zo verhogen en behouden ze de betrokkenheid en motivatie (Litvin, Abrantes, Brown, 2013).

Gebruiksvriendelijk

Online toepassingen moeten overzichtelijk en eenvoudig in gebruik zijn, en foutloos werken. Kortom ze moeten **gebruiksvriendelijk** zijn. Ideaal is een tool in balans wat betreft het vasthouden aan een theorie en het inbrengen van innovatieve zaken. Dit evenwicht zorgt ervoor dat het systeem

aantrekkelijk is voor cliënt en behandelaar (Quanbeck, Chih, Isham, Johnson, Gustafson, 2014).

Toegankelijk & beschikbaar

Een online toepassing is **toegankelijk** wanneer de tool vindbaar, begrijpbaar, leesbaar en aangepast is aan de doelgroep. De toegankelijkheid van een tool is van groot belang in de verslavingszorg. Het is namelijk belangrijk voor elke cliënt afzonderlijk na te gaan voor welke technologie (telefoon, web-based, enzovoort) hij of zij een voorkeur heeft (Claeys, 2015; Gulliver et al., 2015; Steffens & Sarrazin, 2015).

Een tool is **beschikbaar** als de installatie onnodig of eenvoudig is, de tool betaalbaar is (liefst gratis), de toepassing aangepast is aan tijd en plaats, de tool aangepast is aan de drager en eigen gegevens raadpleegbaar zijn. De toepassing moet met andere woorden voldoende toegankelijk (aangepast aan de doelgroep) en beschikbaar (aangepast aan de drager) zijn.

4.1.1.2 Veilig & betrouwbaar

Naast bruikbaar dient de tool ook **veilig en betrouwbaar** te zijn. Dit houdt in dat de toepassing respect heeft voor privacy, veilig en stabiel is en verstrekt wordt vanuit een betrouwbare aanbieder. Deze criteria zijn eveneens van belang binnen de verslavingszorg. Zo benadrukken heel wat studies het belang van privacy en veilige tools (Muench, 2015; McAuley, 2012).

Recent onderzoek van Muench (2015) ging de sterke en zwakke punten na van online tools voor alcoholproblemen. Hieruit bleek dat een combinatie van materiële barrières, zoals privacy en veiligheid, en een gebrek aan kennis over de mogelijke toepassingen van onlinetools het moeilijk maken om online toepassingen in te bouwen in de zorg (Muench, 2015).

4.1.2 Technische vereisten

"Technische vereisten bevatten die criteria en voorwaarden die een welzijnsorganisatie mag stellen ten aanzien van onlinetoepassingen zodat deze …

- *…goed werken, en zodat die werking ook kan opgevolgd worden (**functionele vereisten**).*
- *…op voldoende krachtige hard- en software draaien, zodat een vlotte werking kan gegarandeerd worden (**systeemvereisten**).*

- *…van een betrouwbare leverancier afkomstig zijn, waardoor een feilloze werking kan gegarandeerd worden (**betrouwbaarheid leverancier**)"* (Bocklandt et al., 2014).

Voor een meer uitgebreide beschrijving van deze vereisten wordt verwezen naar het rapport 'Bouwstenen voor een Vlaams Actieplan Onlinehulp' van Bocklandt en collega's (2014) dat samen met de inspiratieboom kan teruggevonden worden via de volgende websites: http://www.onlinehulp-arteveldehogeschool.be/onlinehulponderzoek/vlaams-actieplan-onlinehulp/ en http://www.slideshare.net/PhilippeBocklandt/brochure-draagvlak-dromen-drempels-onlinehulp-in-vlaams-welzijnswerk.

Deze kwaliteitscriteria (gebruikersvereisten én technische vereisten) en die van buitenlandse initiatieven, zoals de Health App Toolkit van PatientView (2014-2015) (http://we.tl/cGgC7agO9Z) en de Onlinehulpstempel van onze Nederlandse collega's van Trimbos (2015) (https://www.onlinehulpstempel.nl/) kunnen in alle gezondheidssectoren, en dus ook de verslavingszorg, toegepast worden. Men kan beroep doen op de criteria uit de inspiratieboom wanneer men een zo volledig en nauwkeurig mogelijke ontwikkeling of beoordeling wil uitvoeren. Toch zijn ook de twee buitenlandse tools handige instrumenten om een online toepassing in één oogopslag te evalueren. Vergelijkbare criteria worden aangereikt in de Onlinehulpstempel en de Health App Toolkit, ondanks het beogen van telkens verschillende doelgroepen, namelijk respectievelijk patiëntenverenigingen en individuele gebruikers (hulpvragers en –verleners).

4.2 Een toegepast voorbeeld: richtlijnen voor online interventies voor selectieve drugpreventie bij jongeren

De preventiedienst van CAD Limburg, de 'trekkers' van het Europees preventieproject **'Click for Support'** binnen ons land, hebben richtlijnen ontwikkeld voor online interventies in selectieve drugpreventie specifiek gericht naar jongeren. Op basis van een vooronderzoek bestaande uit verschillende acties (betrekken van 'good practices' en de doelgroep) werden uiteindelijk 66 richtlijnen ontwikkeld, waarmee ze hopen preventiewerkers te stimuleren om online aan de slag te gaan en hen handvatten aan te reiken die kunnen helpen bij de ontwikkeling van web-based interventies. De 66 richtlijnen zijn onderverdeeld in zes deelaspecten van de ontwikkeling van een web-based interventie.

- 1e: Focus op de eerste aandachtspunten zoals budget, noden en behoeften, doelgroep, theoretische onderbouw, enzovoort.
- 2e: Hoe bereik je jonge druggebruikers?
- 3e: Aanbevelingen rond het vergroten van de therapietrouw. Denk bijvoorbeeld aan inhoud, ontwerp, structuur, bruikbaarheid, communicatie, algemene benadering, enzovoort.
- 4e: Mogelijke interactieve elementen van een web-based interventie
- 5e: Technische aspecten
- 6e: Aanbevelingen rond de evaluatie van web-based interventies

Over het algemeen zijn ook deze richtlijnen opnieuw onder te brengen in de inspiratieboom van Bocklandt en collega's (2014). Daarnaast zijn er nog een aantal extra richtlijnen die specifiek toepasbaar zijn voor de doelgroep 'jonge druggebruikers'.

Voor meer en uitgebreidere informatie over het 'Click for Support-project' wordt verwezen naar het rapport van het project (Steffens & Sarrazin, 2015) via http://www.clickforsupport.eu/final-click-support-guideline. Hierin kunnen o.a. de belangrijkste aanbevelingen in schemavorm teruggevonden worden. Voor de Nederlandstalige versie zie http://www.cadlimburg.be/preventie-projecten-clickforsupport.

5 Als ik met mijn team aan de slag wil, waarop moet ik dan inzetten…

5.1 … als organisatie? – Randvoorwaarden voor het ontwikkelen en onderhouden van een kwaliteitsvol onlinehulpaanbod

Om kwalitatief goede onlinehulp te kunnen bieden, moeten een aantal (7) zaken al in de voorbereidende fase worden opgepakt (Schalken et al., 2013). In de figuur hieronder worden deze items grafisch afgebeeld en daarna stap per stap verduidelijkt.



Figuur 3: 7 randvoorwaarden voor organisaties die aan de slag willen gaan met online toepassingen

5.1.1 Betrokkenheid organisatiebeleid

Het introduceren van elke nieuwe werkvorm of methodiek in een organisatie heeft nood aan voldoende **draagvlak** in de organisatie. De organisatie moet openstaan voor de mogelijkheden van het inzetten van onlinetools, zoals bijvoorbeeld onlinedagboeken (Claeys, 2015; Saelens et al., 2015). Directie of beleidsmakers moeten **bewust kiezen** voor bepaalde toepassingen als (een van de) middelen om de hulpverlenings- of preventiedoelen te realiseren. De organisatie moet onder meer geloven in de tool, het nut ervan inzien en bereid zijn erin te investeren (Saelens et al., 2015).

Er is dus een goede **visie** en een plan van aanpak nodig om de implementatie in het team of de organisatie mogelijk te maken. Zo niet blijft de nieuwe onlinetoepassing beperkt tot enkele medewerkers (Saelens et al., 2015). Het hebben van een heldere visie is een noodzakelijke voorwaarde (Schalken et al., 2013). Wanneer we bijvoorbeeld kijken naar het gebruik van onlinedagboeken binnen de verslavingszorg, blijkt het belangrijk om op beleidsniveau al op voorhand een aantal beslissingen te nemen in verband met het gebruik van het dagboek, zoals:

- Welke hulpverleners gaan aan de slag met een onlinedagboek?
- Bij welke doelgroep(en) willen we onlinedagboeken inzetten?
- Is het gebruik van onlinedagboeken een basisinstrument van een begeleidings- of hulpverleningsaanbod of is dit een aanvullend instrument?
- Wordt een medewerker of een kerngroep aangesteld als aanspreekpunt voor het werken met deze tool? (Saelens et al., 2015).

5.1.2 Een multidisciplinaire samenwerking

Onlinehulp ontwikkelen en realiseren vergt een bundeling van competenties vanuit verschillende beroepsdisciplines. Meerbepaald is er zowel nood aan medische als technische experts. Vlaeminck, De Zitter, Vanhove & Bocklandt (2009 a, p. 30) verwoorden het als volgt:

"*Wie onlinemethodiek ontwikkelt, doet dit best vanuit een multidisciplinaire setting. Hierin zitten niet enkel (semi-)professionele hulpverleners uit de sociale, psychologische en pedagogische discipline, maar ook vrijwilligers en vooral ook technische experts die methodiekwensen kunnen vertalen. Een toegankelijk en aantrekkelijk design kan best ook creatieve ontwerpers gebruiken. (…) Methodiekontwikkeling en –training moeten kunnen rekenen op deskundigen die bekend zijn met ICT*."

Deze 'knowhow' zal deels aanwezig zijn in de organisatie, maar zal mogelijks ook moeten ingekocht worden. Zo wordt de ontwikkeling van een website

beter niet overgelaten aan een hulpverlener of preventiewerker. De ervaring leert immers dat het ontwikkelen van een website een professionaliteit op zich is (Schalken et al., 2013).

Volgens Bocklandt (2011) zijn er verschillende typemedewerkers nodig om onlinehulp te ontwikkelen en realiseren binnen een organisatie. Ideaal worden er vijf 'medewerkersrollen' (Bocklandt, 2011, p. 112) opgenomen, zijnde:

- de ICT-deskundige
- de onlinehulpverlener
- de pionier-inspirator
- de onlinehulp-organisator
- de behartiger van onlinehulp in het management

Sommige rollen kunnen door eenzelfde medewerker opgenomen worden. Maar tegelijk is het aan te bevelen dat de ontwikkeling en uitvoering van een online aanbod niet door één persoon in de organisatie wordt opgenomen. Ook hier komt het erop neer dat er medewerkers nodig zijn vanuit verschillende disciplines. Zo is er niet enkel nood aan de hulpverlener die de tools naar de praktijk kan vertalen, maar bijvoorbeeld ook een ICT-expert en een behartiger die de ontwikkelingen op beleidsniveau kan verdedigen.

Of onlinetoepassingen sterker zullen geïntegreerd worden in de hulpverlening en preventie zal voor een deel afhankelijk zijn van de kwaliteit van de tools, maar zal grotendeels ook afhankelijk zijn van de medewerkers die het aanbod ontwikkelen of integreren. Als medewerkers overtuigd zijn van de meerwaarde van onlinetoepassingen, dan zullen ze deze sterker gaan inzetten en waar nodig ook de doelgroep kunnen overtuigen deze toepassingen in te zetten.

Het betrekken van cliënten of mensen uit de doelgroep bij de ontwikkeling en implementatie van online tools kan ook interessant zijn. Dit voor bijvoorbeeld het testen van bepaalde onderdelen van de tool (zowel inhoudelijke als praktische zaken), waardoor die nog meer kunnen afgestemd worden op de beoogde doelgroep.

5.1.3 Tijd

Onlinehulp introduceren in een organisatie vergt twee soorten tijd.

- Er zal enerzijds effectief tijd vrij moeten zijn om het initiatief uit te werken, om te overleggen, webpagina's uit te schrijven, try-outs van het aanbod te organiseren, feedback daarop te verwerken, enzovoort.

- Anderzijds zal er ook een tijdsperiode moeten voorzien worden om het idee te lanceren, te laten rijpen, draagvlak te vinden, beslissingen te nemen of mogelijke weerstand weg te werken.

De initiatiefnemers zullen hierbij vooral geduld moeten hebben en een strategie moeten bepalen om hun ideeën en plannen in de organisatie bespreekbaar en aanvaard te krijgen (Bocklandt et al., 2014).

Het is dan ook belangrijk dat het ontwikkelen van onlinehulp **planmatig** wordt aangepakt en niet zomaar als een extra activiteit wordt gezien die tussendoor kan gerealiseerd worden. Eens het onlinehulpaanbod uitgewerkt is, zal er nog tijd moeten geïnvesteerd worden in het actualiseren van het aanbod. Omdat onlinetoepassingen nieuwe methodieken vergen (cfr. Ch@tlas[2], Optim@il[3], basisvorming chathulpverlening[4]) is het ook wenselijk om, zeker in de beginperiode, voldoende tijd te investeren in intervisie en supervisie. Niet alleen om de deskundigheid van de betrokken medewerkers te bevorderen, maar ook om bijkomende 'knowhow' te ontwikkelen om de methodieken te verfijnen. Onlinehulp is immers nog volop in ontwikkeling (Bocklandt et al., 2014).

Voor het **realiseren** van hulp of preventie via online communicatietoepassingen zal in de organisatie ook de nodige tijd moeten voorzien worden. Saelens, Vandecasteele, Vanhove, Bocklandt & Debruyne (2012) geven in hun methodiek voor e-mailhulpverlening bijvoorbeeld aan dat het een valkuil is om het beantwoorden van e-mailhulpvragen als een 'tussendooractiviteit' te beschouwen. Het professioneel beantwoorden van e-mailhulpvragen vergt de nodige tijd en concentratie. Een e-mail beantwoorden of een chatgesprek voeren, vergt soms zelfs meer tijd dan een face-to-face gesprek (Bocklandt, 2011; Schalken et al., 2013).

5.1.4 Financiering

Het ontwikkelen en realiseren van een online toepassing vergt een financiële inspanning. Deze wordt in kaart gebracht door in te zoomen op:

- de investerings- en onderhoudskost van de toepassing
- de personeels- en werkingskosten
- een eventuele financieringsregeling voor onlinehulpprestaties naar hulpvragers (Bocklandt et al., 2014)

---

[2] Een methodiek voor chathulp in eerstelijnswelzijnswerk van de Arteveldehogeschool Gent (Vlaeminck, De Zitter, Vanhove en Bocklandt, 2009b)

[3] Een handleiding voor welzijnswerkers die focust op de organisatie van e-mailhulp(beleid) en op het verwerken van een e-mailhulpvraag van de Arteveldehogeschool Gent (Saelens et al., 2012).

[4] Initiatief van CAW uit 2015

Een concreet financieringsplan hangt af van een heleboel factoren, zoals het feit dat de tool al beschikbaar is of nog ontwikkeld moet worden. Of het feit dat medewerkers al vertrouwd zijn met ICT en de concrete tool of dat zij hier nog scholing voor moeten volgen. Er wordt aangeraden om de financiële middelen en de inzet van medewerkers zo gedetailleerd mogelijk te plannen en te beheren (Bocklandt et al., 2014; Steffens & Sarrazin, 2015).

5.1.5 ICT in onlinehulp

Onlinehulp verloopt per definitie via het inschakelen van informatie- en communicatietechnologie (ICT) wat niet zo vanzelfsprekend is. Bemoeilijkende factoren zijn:

- de razendsnelle ICT-ontwikkelingen
- het samenspel tussen welzijn-, gezondheidswerkers en ICT'ers, wat vaak zorgt voor spraakverwarring
- de veeleisende technische verwachtingen naar hard- en software in welzijnswerk en gezondheidszorg
- de sector die verwachtingen stelt naar koppelingen van allerlei ICT-toepassingen
- de nood aan duidelijke ICT-afspraken in organisaties (Bocklandt et al., 2014).

Het is belangrijk om op voorhand een duidelijk beeld te krijgen van de ICT-vereisten. Hiervoor wordt best samengewerkt met iemand die deze technische expertise heeft.

Wat het project onlinedagboeken betreft, werden onder meer volgende voorwaarden gesteld in verband met ICT (Claeys, 2015; Saelens et al., 2015):

- De cliënten beschikken over een computer met internettoegang.
- In een residentiële setting (psychiatrisch ziekenhuis) moeten er voldoende computers aanwezig zijn die toegankelijk zijn voor de cliënten.
- De computers moeten probleemloos en snelle internettoegang hebben waarop een recente browserversie kan draaien: Internet Explorer 11, Google Chrome of Mozilla Firefox.
- De organisatie moet beschikken over voldoende desktops, laptops en/of tablets met internetverbinding. Niet enkel in de burelen van de hulpverleners, maar ook in de gespreksruimtes met cliënten (Saelens et al., 2015).

5.1.6 De werkplek en onlinehulp

Onlinehulp daagt de organisatie ook uit om na te denken over de werkplek van de medewerkers. Sommige online communicatietoepassingen (bv. één-op-één-chat, groeps-chat, een forum modereren, e-mails beantwoorden) vergen een rustige werkplek waar de medewerker zich ten volle kan concentreren op de onlinehulp (Bocklandt et al., 2014).

Vermits onlinehulp plaatsloos is, biedt het ook de mogelijkheid om de tool van thuis uit en buiten de kantooruren te raadplegen. Ook daar zal gezorgd moeten worden voor de nodige ruimte om professioneel te kunnen werken en om deontologisch verantwoord met het materiaal om te gaan. Dit stelt organisaties en haar medewerkers voor de uitdaging om de afspraken over de werkomstandigheden ook te verduidelijken in functie van onlinehulp-ontwikkelingen (Bocklandt et al., 2014).

5.1.7 Deskundigheidsbevordering

Onlinehulp als een wezenlijk en evident onderdeel van preventie en hulpverlening vergt deskundigheidsbevordering bij alle betrokken actoren. Hier is het belangrijk om niet alleen in te zetten op **onlinehulpcompetenties** (zie paragraaf 5.2), maar ook aandacht te hebben voor **mediawijsheid**. Mediawijsheid wordt omschreven als *"het beschikken over de nodige competenties om bewust en kritisch te kunnen bewegen in een complexe, veranderende en gemediatiseerde wereld"* (Lieten & Smet, 2012). Van Hecke (2012, p. 36) onderscheidt – geïnspireerd door Delver en Hop (2009) vier aspecten van mediawijsheid:

- *"Mediabewustzijn: Welke rol spelen media in ons leven en in dat van onze cliënten?*
- *Mediabegrip: Welke factoren bepalen mee de mediaboodschappen die dagelijks op ons af komen of de applicaties waarlangs ze verspreid worden?*
- *Mediahouding: Wat vinden we via de media?*
- *Mediagedrag: Wat zijn de consequenties van ons mediagedrag?"*

Wat onlinehulpcompetenties betreft, verdient niet alleen het versterken van deze competenties bij de medewerkers aandacht, maar ook de organisaties moeten 'onlinehulpcompetent' zijn. De computerinfrastructuur en ICT-mogelijkheden in welzijns- en gezondheidsorganisaties zijn vaak beperkt. Daarenboven laat de (kwaliteits-)zorg voor mediawijze privacy-instellingen van de onlinecommunicatie van medewerkers vaak te wensen over.

5.2 … als online medewerker?

5.2.1 Onlinehulpcompetenties van medewerkers vergroten

In boeken (Schalken et al., 2010; 2013) en in het rapport 'Bouwstenen voor een Vlaams Actieplan Onlinehulp' van Bocklandt en collega's (2014) wordt aangegeven dat het overwegen, het ontwikkelen, implementeren en aanbieden van onlinehulptoepassingen nieuwe vaardigheden vraagt van 'onlinehulpmedewerkers'. Verder in dit document wordt er gesproken over 'medewerkers' aangezien de onderstaande competenties zowel voor hulpverleners als voor preventiewerkers van belang zijn. De competenties die hieronder vervolgens uiteengezet worden gelden voor alle sectoren in de gezondheidszorg. Deze zijn dus eveneens van toepassing in de verslavingszorg.

In Vlaanderen zijn er twee belangrijke knelpunten voor de verdere ontwikkeling van onlinehulp: een **gebrek aan kennis van de mogelijkheden** en een **gebrek aan onlinehulpvaardigheden** (Bocklandt et al., 2014). Om de onlinehulpcompetenties van medewerkers te vergroten is er dus nood aan informatie over de mogelijkheden en een versterking van de vaardigheden die nodig zijn om online te kunnen werken.

5.2.1.1 Kennismaking met onlinehulpmogelijkheden

Het is aangewezen dat een organisatie de kans krijgt om zelf te bepalen of, en zo ja, welk onlinehulpaanbod zal gerealiseerd worden. Dit kan pas als medewerkers zicht hebben op relevante onlinehulpmogelijkheden voor hun sector en op de mogelijke meerwaarde daarvan. Veel medewerkers in de verslavingszorg hebben geen zicht op de onlinehulpmogelijkheden. Een **eerste opdracht** van een organisatie kan er dus uit bestaan om het onlinehulpaanbod te verkennen en bekend te maken binnen hun organisatie.

5.2.1.2 Specifieke onlinehulpcompetenties

Kwaliteitsvolle onlinehulp realiseren vergt specifieke onlinehulpcompetenties van de betrokken medewerkers. Informatie online aanbieden op een toegankelijke en toch professionele wijze (via chat, e-mail, forum, sms professioneel communiceren; werken met onlinedagboeken, -genogrammen en andere ondersteunende onlinetoepassingen; professioneel actief zijn op sociale netwerksites, …) vergt nieuwe kennis, vaardigheden en houdingen. In de eerste plaats moeten die medewerkers competente hulpverleners of preventiewerkers zijn. Geïnspireerd door Limper en Schalken (2014) onderscheiden we **zeven onlinehulp-competenties**. Deze worden

hieronder grafisch afgebeeld en kort toegelicht. Sommige van deze onlinehulpcompetenties zijn voornamelijk van toepassing voor medewerkers die online werken met cliënten (bv. invulling geven aan veranderde regie). Andere zijn dan weer van toepassing op alle medewerkers die online werken, zowel binnen preventie als hulpverlening. Zo is het zowel voor preventiewerkers als voor hulpverleners belangrijk dat ze over een schriftelijke taalvaardigheid en voldoende ICT-vaardigheden beschikken.



Figuur 4: 7 competenties voor medewerkers die aan de slag willen gaan met online toepassingen

- ***Schriftelijke taalvaardigheid***: Wie online werkt, beschikt best over redelijke, tot goede schriftelijke basisvaardigheden en typesnelheid. Schermlezen en -schrijven en schermpathie zijn een uitbreiding van deze basisvaardigheden die vaak in face-to-face contacten worden ingezet (Bocklandt et al., 2014; Schalken et al., 2013).
- ***ICT-vaardigheden***: Een basale kennis van computer en internet is belangrijk. Onder ICT-vaardigheden wordt eveneens mediawijsheid[5] verstaan. Daarnaast moet de gebruiker van de onlinetoepassing ook in staat zijn om anderen (bv. cliënten) evidente onlinehulptoepassingen te leren gebruiken (Bocklandt et al., 2014; Schalken et al., 2013).
- ***Kennis van mogelijkheden en beperkingen van onlinehulpverlening***: De medewerker is op de hoogte van de mogelijkheden en beperkingen van online toepassingen in het algemeen en kent in het bijzonder de onlinetoepassingen die de organisatie inzet. Dit veronderstelt o.a. dat de medewerker het relevante onlinehulpaanbod uit het eigen taalgebied kent (Bocklandt et al., 2014; Muench, 2015; Schalken et al., 2013).
- ***Neutrale of positieve grondhouding ten aanzien van onlinehulpverlening***: De medewerker dient (minstens) een neutrale grondhouding te hebben tegenover de mogelijkheden van onlinehulptoepassingen voor zijn/haar vakgebied. Dit betekent dat iemand die onlinehulp verleent niet negatief mag staan tegenover onlinehulpverlening, aangezien dit de kwaliteit ervan in gevaar brengt. Zo'n negatieve houding van de medewerker wordt immers (on)bewust overgedragen op de cliënt waardoor het vertrouwen van de cliënt in onlinehulp (wat deels het succes van interventies bepaalt) kan geschaad worden (Bocklandt et al., 2014; Schalken et al., 2013).
- ***Online communicatievaardigheden***: Het is belangrijk dat de onlinehulpverlener zich bewust is van de verschillen tussen online en face-to-face communicatie. Een hulpverlener die online werkt, moet in staat zijn om de onlinegespreksmethodieken professioneel in te zetten. Dat betekent dat hij/zij naast de onlinebasisvaardigheden, zoals schriftelijke taalvaardigheid, kan omgaan met under- en overdisclosure van cliënten (te weinig of te veel prijsgeven van persoonlijke gegevens door de cliënt) (Bocklandt et al., 2014; Schalken et al., 2013).
- ***Invulling geven aan veranderende regie***: Deze vaardigheid is voornamelijk van toepassing binnen de hulpverlening en vereist dat

[5] Mediawijsheid = het beschikken over de nodige competenties om bewust en kritisch te kunnen bewegen in een complexe, veranderende en gemediatiseerde wereld.

de medewerker in staat is de regie in het hulpverleningsproces op een professionele manier te delen met de cliënt. Dat wil zeggen dat hij zolang als het nodig en gewenst is het initiatief aan de cliënt kan laten, maar tijdig de regie van het hulpverleningstraject naar zich toe kan halen wanneer de situatie zich daartoe leent (Bocklandt et al., 2014; Schalken et al., 2013). Medewerkers dienen over de juiste *kennis* (de verschillende stijlen kennen en weten wanneer welke stijl het meest effectief is), *vaardigheden* (de verschillende stijlen kunnen toepassen) en *gedrag* (op het juiste moment durven omschakelen) te beschikken om de benodigde begeleidingsstijl te kunnen toepassen.

- ***Omgaan met transparantie***: De onlinehulpverlener moet zich realiseren dat onlinehulpverlening transparanter is dan reguliere hulpverlening. De onlinehulpverlener kan hier in- en extern mee omgaan op een adequate wijze, en stelt zich open en leerbaar op. Het arts-cliënten contact wordt namelijk transparanter, het staat zwart op wit en blijft bewaard onder de vorm van bijvoorbeeld chat- en e-mailberichten (externe transparantie). Maar ook intern kan de medewerker hier zo goed als mogelijk mee proberen omgaan door bijvoorbeeld chat-gesprekken te analyseren om de kwaliteit van de onlinehulpverlening te volgen en bij te sturen waar nodig. Belangrijk is om als organisatie een open cultuur te creëren waar iedereen bereid is van elkaar te leren (Bocklandt et al., 2014; Schalken et al., 2013).

5.2.2 Vorming

Om de onlinecompetenties van medewerkers te ontwikkelen is er nood aan **basisvorming** op vlak van bovenstaande vaardigheden. Zowel vorming als levenslang leren zijn belangrijk bij het inzetten van onlinetoepassingen (Stas & Beelen, 2011). Er is niet alleen aandacht nodig voor het versterken van onlinehulpcompetenties via basisvormingen, maar ook via hands-on-trainingen, intervisie en supervisie-momenten (De Zitter, Saelens, Vlaeminck, & Vercaigne, 2011; Saelens, 2011; Bocklandt, De Zitter, Ryckaert, & Vanhove, 2013; Schalken et al., 2013). Door onlinehulp ook aan bod te laten komen tijdens casusbesprekingen, supervisie- en intervisiemomenten wordt het immers een geïntegreerd deel van de werking en kan er, naast het eigen leerproces, geleerd worden uit de ervaring van anderen, kan er werk gemaakt worden van organisatiecultuur omtrent onlinehulp en kan de onlinehulpmethodiek geoptimaliseerd worden (Bocklandt et al., 2014).

Ook binnen het TETRA-project onlinedagboeken werden supervisies georganiseerd voor de organisaties binnen de geestelijke gezondheids- en

verslavingszorg. Uit het rapport van dit project bleken de supervisies een bijzondere meerwaarde te bieden. Bij wijze van voorbeeld worden hieronder enkele voordelen van de supervisie uit het project op een rij gezet (Saelens et al., 2015):

- Mogelijkheden van de tool en ervaringen worden levendiger en duidelijker door ervaringen, vragen en suggesties met elkaar uit te wisselen.
- Onlinedagboeken zullen in organisaties pas écht doelmatig worden ingezet als ervaringen worden gedeeld en collega’s elkaar helpen bij het nog beter opmaken en inzetten van onlinedagboeken.

6 Wat vertelt de praktijk ons? – Ervaringen van preventiewerkers & hulpverleners

Preventiewerkers gaan online tools voornamelijk promoten in plaats van ze zelf te gebruiken. Als ze toepassingen gebruiken zijn het vooral zelf- en kennistesten en YouTube. Preventiewerkers zien de voordelen van online tools voornamelijk in functie van de doelgroep jongeren en het potentieel visuele en aantrekkelijke aspect van onlinetools. De barrières die de preventiewerkers aangeven komen overeen met de randvoorwaarden waaraan organisaties moeten voldoen vooraleer van start te gaan met het gebruik van online tools, zoals te weinig kennis of te weinig tijd. Net zoals uit de literatuur blijkt, zijn deze barrières belangrijke aandachtspunten binnen organisaties en moet er in een eerste fase aandacht besteed worden aan deze randvoorwaarden.

De barrières voor het gebruik van online toepassingen die **hulpverleners** aangeven komen ook quasi overeen met de randvoorwaarden voor organisaties vooraleer deze aan de slag gaan met online tools. Wat vormingen betreft vinden ze het inbrengen van de topic 'onlinehulp' in het basisaanbod van groot belang met als voornaamste doel diegenen die nog niet getriggerd waren op dat moment wel te triggeren voor onlinehulp (op basis van succeservaringen in de praktijk). Naast de basisvorming zou er ook een geïntegreerde, specifieke opleiding moeten komen. De hulpverleners gaven aan dat het inderdaad belangrijk is aandacht te besteden aan kennis, aan onlinecommunicatie-vaardigheden en transparantie, en aan de veranderende regie van onlinehulpverlenen. Wat de kwaliteitscriteria betreft, lijken de hulpverleners moeilijk een keuze te kunnen maken. Wel achten ze bepaalde criteria, zoals de kostprijs voor de cliënt, veiligheid en continuïteit van het programma, enzovoort, net iets belangrijker in hun werkveld.

7 Wat kan VAD bieden?

Op de nieuwe **website van VAD** (www.vad.be) zullen we geregeld korte artikelen publiceren. We starten met een artikel over belangrijke randvoorwaarden om aan de slag te gaan met onlinehulp. Daarnaast volgen artikelen over onlinehulpcompetenties en kwaliteitsvereisten voor onlinetools. Dit document en de achterliggende literatuurstudie zullen we eveneens ontsluiten via de website. Verder trachten we onze leden attent te maken op de vernieuwingen binnen dit domein door op de nieuwe VAD-website te verwijzen naar online toepassingen, zoals www.onlinedagboek.be, de mighties-app (www.mighties.org), Learn2ACT (www.learn2act.net), … Op die manier zorgen we voor een verdere bekendmaking van deze materialen.

Wanneer zich binnen het domein van online toepassingen opportuniteiten voordoen in kader van **onderzoek** bekijkt VAD steeds wat haar rol hierin kan zijn. VAD had bijvoorbeeld een trekkersrol in het TETRA-project Onlinedagboeken.

Daarnaast zal VAD in het voorjaar van 2016 een methodiek ontwikkelen om te werken naar visieontwikkeling binnen de alcohol- en drugsector. Deze methodiek maken we bekend met behulp van een **seminarie**. Dit seminarie richt zich specifiek tot kaderleden en medewerkers met een zekere expertise in onlinehulp.

Een aanpassing van het **vormingsaanbod** is eveneens aangewezen. Zo wordt er voorgesteld bij vernieuwing van de *basisvorming* na te gaan welke accenten i.v.m. onlinetoepassingen kunnen ingebouwd worden. Dit voor het creëren van een positieve grondhouding bij hulpverleners en preventiewerkers rond onlinehulp door hen passief (informatie) en actief (effectief verkennen van tools) kennis te laten maken met onlinehulpverlening in de sector.

Daarnaast werd er ook voorgesteld een *keuzemodule Onlinehulp* in te bouwen in de tweejarige opleiding. Deze module 'inleiding in onlinetools' zou een volledige dag beslaan en zou worden opengesteld in open aanbod (wanneer er onvoldoende inschrijvingen zijn). Hierin kan naast aandacht voor een positieve grondhouding ook aandacht besteed worden aan kennis van mogelijkheden en beperkingen van onlinehulpverlening (basisinformatie), online communicatievaardigheden en hoe hulpverleners best omgaan met deze nieuwe vorm van communiceren (transparantie, veranderde regie, privacy, …). Deze keuzemodule zou zich richten tot alle hulpverleners uit de

sector met interesse in het thema (voorkennis is niet nodig). Volgende algemene doelstellingen worden nagestreefd:

- De medewerker weet wat onlinehulp is.
- De medewerker weet dat onlinehulp voor verschillende doelen kan ingezet worden.
- De medewerker heeft een zicht op bestaande onlinetools.
- De medewerker heeft een zicht op de effectiviteit van onlinetools.
- De medewerker kan aan de hand van een aantal tools (kwaliteitsboom, Onlinehulpstempel, …) de kwaliteit van online tools inschatten.
- De medewerker is in staat kritisch te evalueren wat de mogelijkheden en beperkingen zijn binnen zijn functie/organisatie, m.a.w. welke tools van toepassing zijn binnen zijn organisatie.
- De medewerker kent de zeven randvoorwaarden waaraan moet voldaan worden vooraleer de competenties aangeleerd worden aan de medewerkers van een organisatie.
- De medewerker heeft voeling met de praktijk van online tools.
- De medewerker weet wat de specificiteit is van de verschillende tools, zoals chat, mail, Skype…?
- De medewerker is op de hoogte van een aantal specifieke kenmerken van onlinehulp (transparantie van onlinehulp, regie, …)

Tenslotte wordt ook voorgesteld een *vervolgmodule in open aanbod* te voorzien waarin dieper wordt ingegaan op specifieke informatieve, communicatieve en ondersteunende onlinetools. Ook deze module zou een volledige dag innemen en richt zich naar hulpverleners en preventiewerkers die al bezig zijn met online toepassingen en zich hierin verder willen ontplooien.

8 Literatuurlijst

Balhara, Y. P. S., & Verma, R. (2015). A review of web based interventions focusing on alcohol use. *Annals of medical and health sciences research*, *4*(4), 472-480.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, *26*(2-4), 109-160.

Bastiani, L., Fea, M., Potente, R., Luppi, C., Lucchini, F., & Molinaro, S. (2015). National Helpline for Problem Gambling: A Profile of Its Users' Characteristics. *Journal of Addiction*, *2015*.

Bocklandt, P. (2013). Draagvlak, dromen en drempels voor onlinehulp in Vlaams welzijnswerk. Geraadpleegd 16 oktober, 2015, via http://www.slideshare.net/PhilippeBocklandt/brochure-draagvlak-dromen-drempels-onlinehulp-in-vlaams-welzijnswerk

Bocklandt, P. (2015). Onlinehulp in verscheidenheid – November 2015. Geraadpleegd 15 december, 2015, via http://files.onlinehulp-arteveldehogeschool.be/200000465-b7678b95a6/Onlinehulp%20in%20verscheidenheid%20-%20november%202015.pdf

Bocklandt, P. (red.) (2011) *Niet alle smileys lachen – Onlinehulpverlening in eerstelijnswelzijnswerk*. Leuven: Acco.

Bocklandt, P., Adriaensens, E., De Zitter, M., Sap, H., & Vandecasteele, A. (2014). *Bouwstenen voor een Vlaams Actieplan Onlinehulp.* Geraadpleegd op 8 oktober, 2015, via http://www.onlinehulp-arteveldehogeschool.be/onlinehulponderzoek/vlaams-actieplan-onlinehulp/

Bocklandt, P., De Zitter, M., Ryckaert, A. en Vanhove, T. (2013) *Ch@dvice Gids – voor 1-op-1-chathulp in eerstelijnswelzijnswerk*. Brussel/Gent: Europese Commissie/Arteveldehogeschool.

Campbell, A. N., Nunes, E. V., Matthews, A. G., Stitzer, M., Miele, G. M., Polsky, D., ... & Ghitza, U. E. (2014). Internet-delivered treatment for substance abuse: a multisite randomized controlled trial.

Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(6), 1090.

Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J., & Andersson, G. (2012). Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive behaviour therapy*, *41*(4), 321-334.

Carroll, K. M. (2015). Computerized Cognitive-Behavioral Therapy. *Alcohol Research: Current Reviews, 36*(1), 127-130.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., ... & Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *American Journal of Psychiatry*, *165*(7), 881-888.

Claeys, H. (2015). *Richtlijnen & de consequenties voor ontwikkeling van e-interventies*. [niet-uitgegeven powerpointpresentatie], Bokrijk: studiedag Click for Support, september 2015.

Cucciare, M. A., Weingardt, K. R., & Humphreys, K. (2009). How Internet technology can improve the quality of care for substance use disorders. *Current drug abuse reviews*, *2*(3), 256-262.

Cunningham, J.A. (2009). Internet evidence-based treatments. In P.M. Miller (ed.). *Evidence-based addiction treatment* (pp.379-397). Amsterdam: Elsevier.

De Doncker, J., De Donder, E., Möbius, D. (2016). *Dossier alcohol*. VAD. Geraadpleegd 6 januari, 2016, via http://www.vad.be/media/50669/dossier%20alcohol_def%20eind%20versie%20met%20voorblad.pdf

De Donder, E. (2010). *Effectiviteit van zelfhulp.* VAD. Geraadpleegd 2 november, 2015, via http://www.vad.be/media/296744/dossier%20zelfhulp.pdf

De Zitter, M., Saelens, S., Vlaeminck, H. & Vercaigne, C. (2011*). Chathulpvorming binnen het Online-HulpUitwisselingsPlatform.* Gent: Arteveldehogeschool – Sociaal werk.

Dedert, E. A., McDuffie, J. R., Stein, R., McNiel, J. M., Kosinski, A. S., Freiermuth, C. E., ... & Williams, J. W. (2015). Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: a systematic review. *Annals of internal medicine*, *163*(3), 205-214.

Dedert, E.A., McDuffie, J.R., Stein, R., McNiel, J.M., Kosinski, A.S., Freiermuth, C.E., ... & Williams, J.W. (2015b). *Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: a systematic review.* Geraadpleegd 23 oktober, 2015, via http://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=Dedert_EA_1.txt

Defillet, T., (2009). *Zorgcontinuüm.* [niet-uitgegeven afbeelding], VAD, 2009.

Delver, B. & Hop, L. (2009). *De Wifi-generatie: vliegensvlug en vogelvrij. Jeugd op het mobiele internet.* Amsterdam: Nationale academie voor Media en Maatschappij.

Donoghue, K., Patton, R., Phillips, T., Deluca, P., & Drummond, C. (2014). The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *16*(6).

Gulliver, A., Farrer, L., Chan, J. K., Tait, R. J., Bennett, K., Calear, A. L., & Griffiths, K. M. (2015). Technology-based interventions for tobacco and other drug use in university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Addiction science & clinical practice*, *10*(1), 5.

Hansen, A. B. G., Becker, U., Nielsen, A. S., Grønbæk, M., Tolstrup, J. S., & Thygesen, L. C. (2012). Internet-based brief personalized feedback intervention in a non-treatment-seeking population of adult heavy drinkers: a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *14*(4).

Harris, S. K., & Knight, J. R. (2014). Putting the Screen in Screening: Technology-Based Alcohol Screening and Brief Interventions in Medical Settings.

Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., ... & Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*, *2*.

Lieten, I., & Smet, P. (2012). Conceptnota Mediawijsheid. *Brussel, Vlaamse Overheid*. Geraadpleegd via: http://www.ond.vlaanderen.be/ict/beleid/conceptnota-mediawijsheid.pdf

Limper, M., & Schalken, F. (2014). Zeven kenmerken competente online hulpverlener. *Internet: www. e-hulp. nl/ achtergrondinformatie/ kenmerken-competente-online-hulpverlener*.

Litvin, E. B., Abrantes, A. M., & Brown, R. A. (2013). Computer and mobile technology-based interventions for substance use disorders: An organizing framework. *Addictive behaviors*, *38*(3), 1747-1756.

Marsch, L. A., & Dallery, J. (2012). Advances in the psychosocial treatment of addiction: the role of technology in the delivery of evidence-based psychosocial treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, *35*(2), 481-493.

Marsch, L. A., Grabinski, M. J., Bickel, W. K., Desrosiers, A., Guarino, H., Muehlbach, B., ... & Acosta, M. (2011). Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Substance use & misuse*, *46*(1), 46-56.

Marsch, L. A., Guarino, H., Acosta, M., Aponte-Melendez, Y., Cleland, C., Grabinski, M., ... & Edwards, J. (2014). Web-based behavioral treatment for substance use disorders as a partial replacement of standard methadone maintenance treatment. *Journal of substance abuse treatment*, *46*(1), 43-51.

McAuley, A. (2012). Computer based alcohol interventions. *NHS Health Scotland, Scotland*.

Muench, F. (2015). The promises and pitfalls of digital technology in its application to alcohol treatment. *Alcohol Research: Current Reviews*, *36*(1), 131-142.

Neighbors, C., Lewis, M. A., Atkins, D. C., Jensen, M. M., Walter, T., Fossos, N., ... & Larimer, M. E. (2010). Efficacy of web-based personalized normative feedback: a two-year randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(6), 898.

Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy?.*Clinical psychology review*, *31*(1), 89-103.

PatientView (2014-2015). *Health apps – Towards a balanced life – a toolkit to help you*. Geraadpleegd op 23 oktober, 2015, via http://www.blastphotography.co.uk/patientview.html

Quanbeck, A., Chih, M. Y., Isham, A., Johnson, R., & Gustafson, D. (2014). Mobile Delivery of Treatment for Alcohol Use Disorders: A Review of the Literature. *Alcohol research: current reviews*, *36*(1), 111.

Ramsey, A. T. (2015). Integration of Technology-Based Behavioral Health Interventions in Substance Abuse and Addiction Services. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-11.

Raylu, N., Oei, T. P., & Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review*,*28*(8), 1372-1385.

Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., ... & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis.

Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K., & Smit, F. (2011). Effectiveness of E-self-help interventions for curbing adult problem drinking: a meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *13*(2).

Rodda, S., Lubman, D. I., Dowling, N. A., Bough, A., & Jackson, A. C. (2013). Web-based counseling for problem gambling: exploring motivations and recommendations. *Journal of medical Internet research*, *15*(5).

Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M., Hine, D., & McCambridge, J. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *15*(2).

Saelens, S. (2011) Chathulpvorming voor medewerkers. In: Bocklandt, P. (red.) (2011) *Niet alle smileys lachen.* Leuven: Acco,.

Saelens, S., De Zitter, M., Timmers, F., Bracke, G., Vermeire, A., Bocklandt, P. (2015). *Onlinedagboeken voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg – methodiekhandleiding.* [niet uitgegeven document], Gent: Arteveldehogeschool.

Saelens, S., Vandecasteele, A., Vanhove, T., Bocklandt, P., Debruyne, H. (2012). *OptiM@il – Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) 2011-2012.* [niet uitgegeven document], Gent, Arteveldehogeschool.

Schalken, F., Blankers, M., Donker, T., Duinstra, U., van Gemert, M., van Hoogenhuyze, C., … & Wolters, W. (2013). *Handboek online hulpverlening: met internet Zorg en Welzijn verbeteren*. Bohn Stafleu van Loghum.

Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., van Gemert, M., van Hoogenhuyze, C., Meijer, E., …& Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening: hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schaub, M., Sullivan, R., Haug, S., & Stark, L. (2012). Web-based cognitive behavioral self-help intervention to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(6).

Sinadinovic, K., Wennberg, P., Johansson, M., & Berman, A. H. (2014). Targeting individuals with problematic alcohol use via web-based cognitive-behavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: a randomized controlled trial. *European addiction research*, *20*(6), 305-318.

Stas, K. & Beelen, S. (2011) Verantwoord handelen in onlinehulpverlening. In Bocklandt, P. (red.) (2011) *Niet alle smileys lachen*. Leuven: Acco.

Steffens, R., & Sarrazin, D. LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues. 2015. *Click for Support. Guidelines for web-based interventions in selective drug prevention. Research and assessment of web-based interventions in*, *13*.

Tensil, M. D., Jonas, B., & Strüber, E. (2013). Two fully automated web-based interventions for risky alcohol use: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *15*(6).

Trimbos (2015). Vragenlijst Onlinehulpstempel. Geraadpleegd op 20 oktober 2015 via https://www.onlinehulpstempel.nl/files/vragenlijst.pdf

Van Hecke, J. (2012*). Internet als methodiek in de jeugdzorg – een extra taal*. Antwerpen: Garant.

Vlaeminck, H., De Zitter, M., Vanhove, T. en Bocklandt, P. (2009a). *Onderzoek naar methodiek voor onlinehulpverlening in eerstelijns welzijnswerk.* Gent: Arteveldehogeschool.

Vlaeminck, H., De Zitter, M., Vanhove, T. en Bocklandt, P. (2009b). *Ch@tlas – methodiek onlinehulp in eerstelijnswelzijnswerk.* Gent: Arteveldehogeschool.

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., ... & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, *12*(5).

9 Lijst van figuren